

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 décembre 2011

Présidence de M. NEU
Juges : M. Jomini et Mme Pasche
Greffier : Mme Matile

Cause pendante entre :

U._____, à Gland, recourant, représenté par Me Jean-Pierre Wavre,
avocat à Genève,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à
Vevey, intimé.

Art. 6, 7, 8 et 16 LPGA; 28 LAI

E n f a i t :

A. U._____ (ci-après: l'assuré), ressortissant kosovar né en 1950, est arrivé en Suisse le 25 décembre 1991. Il est au bénéfice d'une formation acquise dans une école de commerce de son pays d'origine mais n'a jamais travaillé durablement en Suisse. Invoquant des douleurs dans le bas du dos, mécaniques et des deux genoux, ainsi que de l'arthrose, l'assuré a déposé le 14 mai 2007 une demande de prestations AI tendant à un reclassement professionnel, un placement ou une rente.

a) Dans un rapport médical du 21 juin 2007, le Dr Y._____, spécialiste en médecine interne générale, médecin traitant, indique comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail:

- Gonalgie gauche sur rupture complexe dans le segment postéro-moyen du ménisque interne et modifications dégénératives sous-chondrales en 2003 sans cause objective;

- surcharge du compartiment fémoro-tibial interne droite à la charge d'un varus; 2002.

- lombalgies sur discopathie dégénérative débutante L1 à L5.

Il mentionne également, sans répercussion sur la capacité de travail, une hypertension artérielle traitée depuis longtemps et une intolérance au sucre depuis 2005. Selon le Dr Y._____, l'assuré ne travaille pas depuis son arrivée en Suisse en 1991 et sa motivation pour la reprise du travail ou un reclassement professionnel est faible.

Dans un rapport médical du 26 septembre 2007, le Dr E._____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, indique comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail:

- lombalgies chroniques secondaires à des troubles dégénératifs;

- gonalgies chroniques secondaires à une gonarthrose bilatérale débutante et lésions méniscales prédominant à droite;
- syndrome douloureux chronique.

Ce spécialiste fait également état du diagnostic d'obésité comme étant sans répercussion sur la capacité de travail. Il évalue l'état de santé de l'assuré comme stationnaire. Le Dr E. _____ estime que l'assuré présente une incapacité de travail complète dans son activité antérieure de vendeur, une activité sédentaire légère, exercée quelques heures par jour, sans port de charges étant envisageable.

Dans un avis médical du 24 juillet 2008, le Dr O. _____ du Service médical régional de l'AI (ci-après: SMR) estime que "vu la modicité des atteintes ostéo-articulaires décrites et l'absence explicite de symptômes de dépression sur les rapports médicaux, on ne voit pas ce qui pourrait justifier une diminution de travail dans une activité adaptée". Il retient en conclusion que les renseignements médicaux au dossier ne permettent en aucune façon de retenir une incapacité de travail dans n'importe quelle activité légère, sédentaire.

b) Le 6 août 2008, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) a adressé à l'assuré un projet de décision, par lequel il niait le droit de l'intéressé à une rente et à des mesures professionnelles. Il a estimé, après l'examen des pièces médicales du dossier, qu'une pleine capacité de travail pouvait raisonnablement être exigée de l'assuré dès le 20 janvier 2007, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (activité ne nécessitant pas la position debout prolongée, de se lever fréquemment ou de porter des charges). Pour calculer le revenu d'invalidé, l'OAI s'est fondé sur les données statistiques telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ci-après: ESS); il a retenu que le salaire de référence était dans le cas d'espèce celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, soit en 2006, 4'732 fr. par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (ESS 2006, niveau de qualification 4). L'OAI a porté ce montant à 4'933 fr. 11

pour tenir compte de la durée hebdomadaire de travail en Suisse, l'a adapté à l'évolution des salaires nominaux de 2006 à 2007 avant de procéder à un abattement de 10 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles de l'assuré; ainsi calculé, le revenu annuel avec invalidité est de 53'916 fr. 90. Comparé à un revenu annuel sans invalidité, par 59'907 fr. 70, la perte économique est de 5'990 fr. 75, ce qui représente un degré d'invalidité de 10 %, donc inférieur tant au minimum légal de 40 % en qui concerne l'ouverture du droit à une rente (art. 28 LAI) qu'à celui de 20 % environ ouvrant le droit à des mesures professionnelles (art. 15 ss LAI).

Le 29 septembre 2008, l'OAI a rendu une décision formelle niant le droit de l'assuré à une rente invalidité et à des mesures professionnelles.

B. Par courrier du 21 octobre 2008 au Tribunal des assurances, U._____ a recouru contre la décision précitée, estimant que celle-ci ne prenait pas en compte l'avis médical du Dr E._____ évaluant son degré d'invalidité à 50%.

Dans sa réponse du 16 janvier 2009, l'OAI a conclu au rejet du recours, estimant, au vu de la modicité des atteintes ostéo-articulaires de l'assuré, qu'il se justifiait d'admettre que sa capacité de travail était entière dans une activité légère respectant ses limitations fonctionnelles.

Par courrier du 29 avril 2009, le recourant, par son conseil, a complété son recours et conclu, avec suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision de l'OAI du 29 septembre 2008 et à l'allocation d'une rente invalidité pleine et entière.

Le 2 juin 2009, le conseil du recourant a produit trois rapports médicaux, celui du Dr Y._____ du 4 mai 2009, celui du Dr X._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, du 1^{er} mai 2009 et, enfin, celui du Dr E._____, du 28 mai 2009. Cela étant, il a sollicité la mise en œuvre

d'une nouvelle expertise SMR afin que l'état de santé de l'assuré puisse être analysé.

Invité à se déterminer sur cette écriture, l'OAI a soumis les avis des médecins traitants produits au SMR. L'intimé a déclaré n'avoir aucune raison de s'écarter de l'appréciation de son service médical, qui précise notamment, dans son avis médical du 12 juin 2009, qu'il ressort du rapport du Dr Y. _____ que l'hypertension et l'hépatite B dont souffre le recourant n'ont pas d'impact sur sa capacité de travail. Le SMR met aussi en exergue les contradictions contenues dans les rapports du Dr E. _____, qui, en 2009, fait état d'une péjoration de l'état de santé de l'assuré et estime la capacité de travail de son patient à 30% en qualité de vendeur et de 50% dans une activité adaptée, alors qu'en 2007, il retenait une capacité de travail de 0% dans l'activité de vendeur et de 30 % dans une activité adaptée, quand bien l'état de santé de son patient était meilleur. Cela étant, le SMR a proposé la mise en œuvre d'une expertise neutre.

Une expertise judiciaire a été confiée au Dr W. _____, spécialiste en rhumatologie ainsi qu'en médecine physique et réadaptation, médecin-chef auprès du Centre Thermal [...]. Dans son rapport du 24 mars 2010, l'expert résume le cas du patient, qu'il a examiné le 12 février 2010, de la manière suivante:

"Patient de 59 ½ ans d'origine kosovare, père de 5 enfants, marié à une femme sans activité professionnelle. Il a eu une scolarité minimum. Il a subi 5 ans de prison dans son pays, dont 46 mois d'isolement complet. Il a émigré en Suisse à la fin décembre 1991 et n'a jamais eu d'activité professionnelle dans notre pays. Ses plaintes sont multiples, d'allure mécanique, touchant le rachis, notamment les régions cervicale et lombaire, les genoux, et plus récemment les épaules. Ces douleurs justifient des anti-inflammatoires depuis 2-3 ans et 1 à 2 g de Dafalgan régulièrement. Il n'a pas eu récemment de physiothérapie. Il a subi il y a 3-4 ans une arthroscopie du genou droit pour une lésion méniscale interne. L'examen neurologique est normal, l'examen rachidien peu limité, si ce n'est les rotations de la tête et la flexion du tronc. Les épaules sont douloureuses surtout dans les mouvements de rotation interne-abduction. Les documents radiologiques témoignent d'une uncodiscarthrose étagée de C5 à C7, alors que le segment lombaire peut être considéré comme

normal, les Rx des genoux sont notables par un discret pincement du compartiment interne du genou droit."

Les réponses de l'expert aux diverses questions qui lui ont été posées sont les suivantes:

"A. QUESTIONS CLINIQUES

1. Anamnèse

Anamnèse professionnelle et sociale: Voir ci-dessus.

Evolution de la maladie et résultats des thérapies: Lente aggravation des plaintes ostéo-articulaires par augmentation des localisations douloureuses qui ne sont pas suffisamment soulagées par les médicaments. A noter que le patient n'a pas eu de physiothérapie depuis quelques années.

Données anamnestiques sans relation directe avec l'affection actuelle : Hypertension, hépatopathie imputable à une hépatite B active et à un alcoolisme chronique.

2. Plaintes et données subjectives de l'assuré

Voir ci-dessus.

3. Status clinique

Voir ci-dessus.

Status psychique : Les tests de non organicité de Waddell et Kummel étant très discrètement positifs évoquent de légers troubles somatoformes douloureux chroniques. Pas d'élément de la lignée dépressive

4. Diagnostics

4.1. Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail

:

Polyarthralgies sur discrets troubles dégénératifs touchant

- le compartiment interne du genou droit depuis début 2001.
- le compartiment interne du genou gauche depuis la fin 2004.
- les régions cervicales depuis 2006 et lombaires depuis 2007.

Troubles somatoformes douloureux.

4.2. Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail :

Hypertension artérielle, hépatite B, éthylisme chronique, obésité modérée.

5. Appréciation du cas et pronostic

Pronostic très réservé chez ce patient de 59 1/2 ans qui a vécu la prison et pendant quelques mois l'isolement, en Suisse depuis 1991 sans avoir eu d'activité professionnelle, et qui se plaint de localisations ostéo-articulaires de plus en plus nombreuses, que l'examen clinique et la radiologie sont encore compatibles avec l'âge et qu'il présente des troubles somatoformes douloureux.

B. INFLUENCES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

1. Limitations en relation avec les troubles constatés :

Physiquement : Voir ci-dessus. Quand bien même les localisations douloureuses sont nombreuses, les examens cliniques et radiologiques étant encore compatibles avec l'âge, il n'y a pas de limitation à un poste adapté, comme par exemple celui qu'il a effectué pendant quelques mois comme graveur de montres.

Psychiquement et mentalement : Aucune. Les troubles somatoformes douloureux n'expriment pas de pathologie psychiatrique. Comme le Dr Y. _____, je n'ai pas constaté de trait de lignée dépressive.

Social : Aucune.

2. Influences des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici

2.1. Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?

Impossible à préciser puisque le patient n'a jamais eu d'activité professionnelle dans notre pays.

2.2. Description précise de la capacité résiduelle de travail :

Tout en tenant compte des multiples localisations douloureuses, de l'atteinte dégénérative même discrète sur les radios et quand bien même l'examen clinique est compatible avec l'âge, une activité de manoeuvre est incompatible. En revanche, elle est possible à un poste adapté comme par exemple celui qu'il a effectué pendant 5 semaines comme graveur de montres.

2.3. L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ?

Impossible de me prononcer puisqu'il n'a jamais travaillé en Suisse.

2.4. Y a-t-il une diminution du rendement ?

A un poste adapté comme celui de graveur de montres, compte tenu des différentes localisations douloureuses, la rentabilité est de 80 %, soit à temps complet en autorisant les changements de position de levé à assis, et la marche pour « se dérouiller » chaque 15 à 20 minutes.

2.5. Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ?

Le Dr E. _____ est le seul médecin à avoir décidé d'incapacités de travail de 100 % du 14 décembre 2007 au 19 janvier 2008, et de 50 % dès le 20 janvier 2007.

3. En raison de ses troubles psychiques, l'assuré est-il capable de s'adapter à son environnement professionnel ?

Selon son interniste et selon moi, il ne présente pas de trouble psychique. Mais ni lui ni moi ne sommes psychiatres.

C. INFLUENCES SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

Je n'ai pas les compétences pour répondre à ces questions, compte tenu que la réadaptation est difficile à apprécier chez un émigré qui n'a plus travaillé depuis 1989 et qui n'a jamais eu d'activité professionnelle dans notre pays, si ce n'est pendant 5 semaines comme graveur de montres. S'habituer à un rythme de travail, s'intégrer dans le tissu social, me paraît illusoire, mais pas pour raison de pathologies de l'appareil locomoteur.

2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ?

N'ayant plus d'activité depuis 1989, on ne peut répondre précisément à cette question. Toutefois, les antalgiques et la physiothérapie devraient pouvoir le soulager, mais on sait que les premiers ne sont que trop partiellement efficaces et la seconde a plutôt aggravé les lombalgies. On ne devrait donc pas s'attendre à une amélioration de la capacité de travail grâce à des traitements orientés sur le système locomoteur, d'autant qu'il

présente des troubles somatoformes douloureux qui sont des facteurs de mauvais pronostic.

3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré ?

Je l'ai déjà mentionné, une activité sédentaire, comme par exemple graveur de montres, est tout à fait possible s'il peut changer de positions, qu'il ne soit pas astreint à porter régulièrement des charges, notamment en flexion du tronc.

3.2. Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée ?

A temps complet.

3.3. Y a-t-il une diminution du rendement ?

Oui, environ 20 %."

Le 4 mai 2010, le recourant a sollicité la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

Le 10 mai 2010, l'OAI, après avoir pris connaissance de l'expertise du Dr W._____, a confirmé ses conclusions, estimant qu'en tout état de cause, le refus de rente devait être confirmé, l'assuré présentant un taux d'invalidité de 28% (sic) tout au plus. L'intimé a ajouté que, si le taux d'invalidité constaté ouvrait théoriquement le droit à des mesures professionnelles, il était peu vraisemblable que de telles mesures puissent réduire le préjudice économique de l'intéressé dès lors que celui-ci n'avait exercé aucune activité depuis son arrivée en Suisse en 1991, et ce pour des raisons non médicales.

Invité à se déterminer sur la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, l'OAI a estimé que celle-ci ne se justifiait pas, le recourant ne souffrant à l'évidence d'aucune atteinte à la santé invalidante du point de vue psychiatrique.

Le 16 juillet 2010, le recourant a maintenu sa requête de complément d'expertise bidisciplinaire en vue d'investiguer de manière complète et approfondie l'existence d'un trouble somatoforme douloureux, voire de fibromyalgie.

Le 25 octobre 2010, le juge instructeur a ordonné la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. Dans son rapport du 17 janvier 2011, le Dr B._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, a

posé le diagnostic de syndrome de dépendance alcoolique (F10.25) et a rendu les conclusions suivantes:

"Appréciation assécurologique

Au terme de cette évaluation, l'appréciation assécurologique est relativement simple. Il n'y a pas ici de trouble psychiatrique justifiant des limitations et une incapacité de travail, quelle qu'elle soit.

L'expertisé ne présente pas de syndrome douloureux somatoforme persistant, en l'état actuel de l'évolution. Même si un tel trouble était retenu, il ne pourrait être que léger. Il se situerait aux limites inférieures du seuil diagnostique.

La dépendance alcoolique de M. U. _____ n'est pas grave. Elle ne laisse pas ses stigmates dans la présentation clinique. S'il n'y avait pas eu un léger foetor et les arguments en ce sens au dossier, le soussigné n'aurait pas songé à aborder ce problème avec l'assuré.

Même s'il était sévère, l'alcoolisme de l'assuré devrait être considéré comme primaire. On n'en constate en effet pas de séquelles tant physiques que psychiques qui auraient actuellement valeur incapacitante en soi. Cet alcoolisme ne procède pas davantage de troubles psychiques qui pourraient en être au moins partiellement la cause et qui auraient valeur invalidante.

En l'état, le soussigné ne retient pas d'incapacité de travail psychiatrique dans ce cas. Il n'y en a jamais eue.

Actuellement, le traitement peut être considéré comme adéquat tant en qualité qu'en quantité. Une prise en soin psychiatrique n'a pas de sens. Une médication psychotrope n'est pas indiquée. La prise en soins de l'assuré correspond aux règles habituelles pour une telle situation.

On voit mal quelles mesures professionnelles proposer dans ce cas. L'expertisé ne se dit absolument pas prêt à intégrer le monde du travail. Il est peu vraisemblable qu'il adhère à une simple aide au placement.

Sans pouvoir l'affirmer avec certitude, le soussigné comprend le comportement d'invalidé de cet assuré comme un échec de l'acculturation en Suisse d'une personne qui n'a jamais su ou pu intégrer les règles et les exigences du monde ordinaire du travail d'un pays industrialisé.

Conclusions

En conclusion, M. U. _____ est un ressortissant kosovar de 60 ans qui ne rapporte pas de difficultés particulières jusqu'aux années 1990.

L'assuré ne semble pas avoir gardé des séquelles objectives et visibles d'une longue incarcération dans son pays d'origine.

Les années 2000 ont vu l'apparition de douleurs de l'appareil locomoteur sans substrat organique suffisant à les expliquer, d'après les informations à disposition. L'assuré se dit incapable de travailler depuis lors. Il est aussi vrai qu'il n'a jamais durablement intégré le marché du travail en Suisse.

L'évaluation actuelle parle contre un trouble somatoforme. Elle fait retenir un seul syndrome de dépendance alcoolique de peu de gravité et par ailleurs manifestation primaire. On ne saurait dès lors retenir de limitations ou d'incapacités psychiatriques dans ce cas. Il n'y en a jamais eues.

Actuellement, le soussigné n'a pas de mesures à proposer tant sur le plan médical que professionnel.

Il est par ailleurs peu probable que ce sujet finalement très mal acculturé en Suisse intègre durablement le monde ordinaire du travail."

Se déterminant le 7 février 2011 sur le rapport du Dr B. _____, l'OAI a estimé n'avoir aucune raison de s'écarter des conclusions de l'expert, ce dernier ayant confirmé qu'aucun médecin

consulté par le recourant n'avait révélé, ni même suspecté, une quelconque atteinte de nature psychiatrique chez l'intéressé. Cela étant, l'OAI a maintenu intégralement ses conclusions.

Le 20 mai 2011, U._____ a décidé de maintenir son recours, estimant que les troubles dont il souffrait ne permettaient pas d'envisager une quelconque activité professionnelle, de sorte que seule l'assurance-invalidité lui paraissait être la solution aux problèmes de santé qui le touchaient.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 et immédiatement applicable dans la présente cause, conformément à l'art. 117 al. 1 LPA-VD.

c) Il s'ensuit que la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer sur le recours interjeté le 21 octobre 2008 par U._____ contre la décision rendue le 29 septembre 2008 par l'OAI.

2. Le recours tend à l'annulation de la décision attaquée et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière. Seul ce point est aujourd'hui contesté, de sorte que l'éventuel droit du recourant à des mesures professionnelles n'a pas à être examiné dans la présente procédure. Le recourant estime que l'intimé a mal apprécié sa capacité de travail résiduelle dont il prétend, au vu des pièces produites, qu'elle est désormais nulle. Le recourant conteste également l'appréciation qui est faite de sa perte économique, notamment quant au taux d'abattement de 10% retenu.

a) Le droit à une rente invalidité (art. 28 LAI) suppose que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1 LAI). Selon l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'art. 8 LPGA mentionne qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de travail, toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % (art. 28 LAI) au moins.

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2). La jurisprudence reconnaît en particulier qu'un rapport qui émane d'un SMR au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (Règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201) a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (ATF 125 V 351 consid. 3a ; TFA I 573/04 du 10 novembre 2005, consid. 5.2 ; cf. aussi TF 9C_105/2009 du 19 août 2009, consid. 4.2).

L'assureur est tenu, au stade de la procédure administrative, de confier une expertise à un médecin indépendant, si une telle mesure se

révèle nécessaire. Lorsque de telles expertises sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (TF I 129/02 du 29 janvier 2003; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb; ATF 135 V 465).

Cela étant, en principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références; TF 9C_298/2009 du 3 février 2010, consid. 2.2; 9C_603/2009 du 2 février 2010, consid. 3.2).

Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent au demeurant être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants peuvent avoir tendance à se prononcer en faveur de leurs patients. Ainsi, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc précité).

3. En l'espèce, pour nier le droit à une rente du recourant, l'OAI s'est fondé sur l'avis des médecins du SMR qui ont estimé que les

renseignements médicaux au dossier ne permettaient en aucune façon de retenir une incapacité de travail, dans n'importe quelle activité légère, sédentaire. Le Dr N._____, du SMR, a confirmé ce point de vue en cours de procédure, tout en précisant qu'une expertise neutre, au demeurant réclamée par le recourant, permettrait d'y voir plus clair. C'est dans ces circonstances qu'une expertise a été confiée au Dr W._____, qui a rendu son rapport le 24 mars 2010, après un entretien avec le recourant, un examen clinique complet, l'analyse du dossier qui lui avait été confié et des examens radiologiques complémentaires. Sur le plan somatique, le Dr W._____ a estimé que l'assuré ne présentait pas de limitation à un poste adapté, comme celui qu'il avait déjà exercé comme graveur de montres, s'il pouvait changer de positions et qu'il n'était pas astreint à porter régulièrement des charges, notamment en flexion du tronc. Ce spécialiste a estimé à 20% la diminution du rendement dans le cas particulier. Selon le Dr W._____, le patient ne présente au demeurant pas de troubles psychiques ni de traits de lignée dépressive. Il relève toutefois que les tests de non organicité de Waddell et Kummel évoquent de légers troubles somatoformes douloureux chroniques. Dans ce contexte, le recourant a réclamé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, que le magistrat instructeur a confiée au Dr B._____. Ce spécialiste, qui a rendu son rapport le 17 janvier 2011, n'a mis en évidence chez l'assuré aucune limitation ou incapacité psychiatrique, l'évaluation actuelle parlant contre un trouble somatoforme et ne faisant retenir qu'un seul syndrome de dépendance alcoolique de peu de gravité et par ailleurs manifestement primaire.

Les expertises judiciaires effectuées en l'espèce se fondent toutes deux sur des examens complets, prennent en compte les plaintes de l'expertisé et ont été établies en pleine connaissance de l'anamnèse; tant la description du contexte médical que l'appréciation de la situation médicale sont claires et leurs conclusions dûment motivées. Conformes aux exigences de la jurisprudence, ces expertises ont pleine valeur probante et doivent être suivies en tant qu'elles confirment l'instruction menée par l'OAI. Sur le plan psychiatrique, le Dr B._____ a en effet clairement exclu l'existence de limitations ou incapacités psychiatriques

dans le cas particulier, se bornant à retenir le diagnostic, sans répercussion sur la capacité de travail, de syndrome de dépendance alcoolique de peu de gravité. Sur le plan somatique, le Dr W._____ a mis en évidence quelques limitations fonctionnelles, qui occasionneraient une diminution de rendement de 20%, estimant pour le surplus que la capacité de travail était entière dans un poste adapté. Au vu de ce qui précède, il convient de retenir, avec l'intimé, que le recourant a une pleine capacité de travail exigible dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (activité ne nécessitant pas la position debout prolongée, de se lever fréquemment ou de porter des charges).

4. Cela étant constaté, encore faut-il déterminer le taux d'invalidité présenté par le recourant, en procédant à la comparaison des revenus sans et avec invalidité (art. 16 LPGGA).

a) Selon l'art. 16 LPGGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 30 consid. 1, 104 V 135 consid. 2a et 2b).

Selon la jurisprudence, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine, en règle générale, en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, raison pour laquelle il se déduit, en principe, du salaire réalisé par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 p. 224 et la référence).

Pour déterminer le revenu que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré en dépit de son atteinte à la santé (revenu d'invalidé), il doit être tenu compte avant tout de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque l'assuré, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité ou alors aucune activité adaptée, normalement exigible - la jurisprudence admet la possibilité de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent de l'enquête sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (TF I 654/04 du 21 juillet 2005, consid. 5, ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc p. 79).

b) En l'espèce, l'évaluation du degré d'invalidité auquel a procédé l'intimé se fonde à juste titre sur une approche théorique, dès lors que l'intéressé a présenté une incapacité de travail sans interruption notable depuis le 14 décembre 2006. Il convient par conséquent de se placer au moment de la naissance du droit (éventuel) à la rente pour procéder à la comparaison des revenus, soit en l'occurrence en 2008. S'agissant du revenu de valide retenu par l'OAI, le recourant ne le conteste pas dans son recours. En revanche, le taux d'abattement de 10% retenu par l'intimé sur le salaire statistique n'est à ses yeux pas suffisant pour fixer le revenu d'invalidé. Or, même en retenant une diminution de rendement de 20%, comme l'a fait le Dr W. _____ dans son expertise

pour tenir compte des limitations fonctionnelles de l'assuré, le taux d'invalidité du recourant serait au maximum de 20%, ce qui exclut en soi tout droit à la rente (art. 28 LAI).

C'est donc avec raison que, dans sa décision du 28 septembre 2008, l'OAI a refusé la demande de rente AI présentée par le recourant.

5. a) En définitive, les critiques développées par le recourant à l'appui de son recours ne lui permettent pas d'établir une violation du droit fédéral. La décision attaquée n'est, par conséquent, pas critiquable dans son résultat et doit être confirmée, ce qui conduit au rejet du recours.

b) La procédure est onéreuse; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1 bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al.1 let. a et b CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires, celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art.18 al. 5 LPA-VD).

c) En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et devraient être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que le recourant est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

d) Le recourant a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Jean-Pierre Wavre à

compter du 10 février 2009 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Celui-ci a produit la liste de ses opérations, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et arrêtée à 2'276 fr. 40 (dont 148 fr. 20 de TVA à 7,6 % et 13 fr. 20 de TVA à 8%) à titre d'honoraires, provision pour lecture du jugement déduite, et à 53 fr. 80 (dont 3 fr. 80 de TVA) à titre de débours, ce qui représente un total de 2'330 fr. 20, TVA comprise.

La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 CPC). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ) en tenant compte des montants payés à titre de contribution mensuelle depuis le début de la procédure.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 29 septembre 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
- IV. L'indemnité d'office de Me Wavre, conseil d'office du recourant, est arrêtée à un total de 2'330 fr. 20 (deux mille trois cent trente francs et vingt centimes), TVA comprise.

- V.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Jean-Pierre Wavre, avocat (pour U. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :